RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/955/2006 **ATAS/502/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 10 mai 2006

En la cause

Monsieur L_____, domicilié GENEVE recourant

contre

PHILOS CAISSE MALADIE-ACCIDENT, section FRV, avenue du Casino 13, 1820 MONTREUX intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Mmes Karine STECK et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur L_____, né le 1965, domicilié à Genève, fait partie du cercle des assurés de la caisse maladie PHILOS - section FRV (ci-après la caisse) depuis le 1er janvier 2001, pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Il a opté pour une franchise de 1'500 fr.

2. Depuis 2003, l'assuré s'adresse régulièrement à la caisse, l'informant de sa volonté de démissionner pour des motifs économiques. En l'absence d'attestation d'affiliation d'un autre assureur, le Service de l'assurance-maladie (ci-après SAM) a confirmé par courrier du 15 janvier 2004, que le sociétariat de l'assuré auprès de la caisse était maintenu.

3. L'assuré ne s'acquittant pas de ses cotisations, la caisse lui a notifié des commandements de payer pour les primes dues en 2004, auxquels il s'était opposé. La caisse a rejeté l'opposition le 12 mai 2005.

4. L'assuré avait interjeté recours auprès du Tribunal de céans en date du 27 mai 2005, en concluant implicitement à être libéré du paiement des primes. Il alléguait une situation financière difficile et faisait valoir que la loi prévoyait que le Conseil fédéral pouvait excepter de l'assurance-obligatoire certaines catégories de personnes. Il reprochait également à la caisse de ne pas l'avoir renseigné sur ses droits et obligations, soit sur la possibilité de payer une prime réduite en fonction du choix limité des fournisseurs de prestations, ainsi que sur le pallier maximal de la franchise.

5. Par arrêt du 7 décembre 2005, entré en force (ATAS 1069/2005), le Tribunal de céans a rejeté le recours, rappelant que l'assuré n'était pas au bénéfice d'une dispense de l'obligation de s'affilier, qu'il était toujours assuré auprès de la caisse pour l'assurance obligatoire des soins dès lors qu'il n'avait pas fourni d'attestation d'affiliation d'une autre assurance et qu'au surplus, il n'avait pas contesté le montant des primes 2004.

6. L'assuré ne s'étant pas acquitté de ses primes dès avril 2005, la caisse lui a fait notifier le 28 octobre 2005, un commandement de payer, poursuite no. 05 238953 K afférente aux cotisations d'avril, mai et juin 2005, soit 635 fr. 70, plus 100 fr. de frais de rappel et sommation. L'assuré a formé opposition le 4 novembre 2005.

7. Par décision du 2 décembre 2005, la caisse a confirmé à l'assuré qu'il restait lui devoir le montant réclamé par la voie des poursuites.

8. Le 19 décembre 2005, l'assuré a formé opposition. Invité par la caisse à la motiver, il a indiqué qu'il ne pouvait assurer le paiement du montant actuel de la prime mensuelle LAMal, qu'il ne disposait pas de revenus suffisants, qu'il subissait déjà

une saisie sur salaire de 500 fr. par mois et qu'il avait démissionné de la caisse en 2002. Il reprenait pour le surplus les arguments déjà invoqués lors de précédentes procédures.

9. Par décision du 14 février 2006, la caisse a rejeté l'opposition.

10. Par courrier du 10 mars 2006, posté le 13 mars, l'assuré a interjeté recours. Il conteste la décision de la caisse, reprenant essentiellement les mêmes motifs que ceux qu'il avait invoqués dans la procédure précédente.

11. Dans sa réponse du 23 mars 2006, la caisse conclut au rejet du recours, rappelant que l'assuré a bénéficié en 2005 d'une prime réduite sur la base de son choix d'une franchise annuelle de 1'500 fr. et du réseau de santé.

12. Invité à se déterminer, l'assuré a transmis au Tribunal, le 13 avril 2006, copie de la décision sur opposition litigieuse.

13. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Le Tribunal relève que le recourant ne fait rien valoir de nouveau en persistant dans son refus de s'acquitter des primes d'assurance-maladie, alors que son affiliation auprès de l'intimée et l'obligation de payer les primes qui en découle lui ont été largement exposées et confirmées par le Tribunal de céans dans son arrêt du 5 décembre 2005.

   Il est constant en effet que le recourant, domicilié en Suisse, est soumis à l'assurance obligatoire des soins conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal.

   L'obligation de payer les primes découle de l'art. 61 LAMal ; elle constitue la contrepartie de l'obligation de l'assureur d'assumer la prise en charge des événements assurés. Elle est la conséquence juridique impérative de toute affiliation auprès d'une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1980 p. 161 ; 1981 p. 61). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 al. 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 28 juin 1995 – OAMal ; cf. chiffre 7 des conditions générales d'assurance pour l'assurance obligatoire des soins - CGA PHILOS).

   Les assureurs doivent valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré – paiement des primes selon les art. 61ss LAMal et des participations financières selon l'art. 64 LAMal, de même que les conséquences de la non-exécution de ces obligations – par la voie de l'exécution forcée selon la loi sur les poursuites (LP) ou par celle de la compensation (art. 90 al. 3 OAMal). Les décisions et les décisions sur opposition exécutoires qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilées aux jugements exécutoires selon l'art. 80 LP (art. 54 al. 2 LPGA; ATF 126 V 268 ss consid. 4a et les références). Dans ce cas, les frais administratifs sont mis à la charge de la personne assurée ; en effet, selon la jurisprudence, il y a faute de l'assuré lorsque, par son comportement, il oblige la caisse à lui adresser des rappels pour l'exhorter à payer ses cotisations (ATF 125 V 276, not. 277 consid. 2c/cc ; RAMA 2001 No KV 151 p. 117).

5. Il résulte des pièces du dossier que le recourant n'a pas payé les primes pour la période du 1er avril 2005 au 30 juin 2005, malgré les rappels et mises en demeure de l'intimée.

   Le Tribunal de céans constate que la procédure de recouvrement a été rigoureusement respectée par l'intimée et que le recourant reste lui devoir la somme de 635 fr. 70, plus 100 fr. de frais de rappel et sommation, ainsi que les frais de poursuite.

   Par conséquent, le recours, manifestement infondé, sera rejeté.

6. La procédure est gratuite pour les parties (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA). Toutefois, des

émoluments de justice et les frais de procédure peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. En effet, ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a admis, la possibilité de limiter la gratuité en cas de recours ou interjeté à la légère est un principe général de procédure prévue pour toutes les branches des assurances sociales (ATF 126 V 151 consid. 4b).

Selon la jurisprudence, un recours voué à l'échec ne saurait être assimilé à un recours présentant un caractère de légèreté ou de témérité (ATF 124 V 285, Pratique VSI 1998 p. 194). Il faut qu'un élément – critiquable – s'ajoute subjectivement parlant : la partie concernée doit avoir entamé la procédure quand bien même elle pouvait sans autre se rendre compte, en usant de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle, que son recours était dépourvu de chances de succès.

En l'espèce, le recours présente à tout le moins le caractère de légèreté, à la limite de la témérité, dans la mesure où les arguments par lesquels le recourant s'oppose au paiement de ses primes d'assurance-maladie sont les mêmes que ceux invoqués précédemment devant le Tribunal de céans. Or, le recourant a été entièrement débouté.

Le Tribunal de céans renonce en l'occurrence à condamner le recourant au paiement d'un émolument, mais attire d'ores et déjà son attention qu'il pourra être condamné, conformément à l'art. 89H al. 1 LPA, à un émolument et aux débours s'il persiste à recourir devant le Tribunal de céans dans des affaires semblables et pour les mêmes motifs.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le